

Восемь больных получали АКТГ подкожно по 40—50 ед. два раза в день без пенициллина и других средств. Обратное развитие процесса было заметно с 3—4 дня лечения, и больные выписывались на 10—12 день. У 2 больных (через 2 и 3 месяца) наступили рецидивы.

Шесть больных получали кортизон по 0,03—0,04 в таблетках 4 раза в день, димедрол (внутрь) и кварцевое облучение. Обратное развитие местных явлений и улучшение общего состояния наступали к 12—14 дню гормонотерапии, рецидивов в течение года не было.

Десять больных получали АКТГ по 40—50 ед. подкожно два раза в день и пенициллин внутримышечно до исчезновения клинических симптомов рожи и улучшения общего состояния. Все явления рожистого воспаления исчезли на 7—8 день лечения, и больные были выписаны в хорошем состоянии. В течение года рецидивов отмечено не было.

Можно сделать вывод, что при лечении рожистого воспаления необходимо сочетать общепринятые методы лечения с гормонотерапией, что приводит к длительным ремиссиям, а возможно и к предотвращению рецидивов. Следует подчеркнуть, что у всех без исключения была положительная проба Торна.

Поступила 20 декабря 1961 г.

## О ПОДВЕРТЕЛЬНЫХ ОСТЕОТОМИЯХ ПРИ ФИБРОЗНОМ АНКИЛОЗЕ ПОСЛЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА

Канд. мед. наук А. А. Румянцева

Кафедра травматологии и ортопедии (зав. — проф. Л. И. Шулутко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Исходом туберкулезного коксита может быть полная неподвижность в суставе, которая рентгенологически выражается или анкилозом с переходом костных балок, или в виде так называемого фиброзного спаекия.

Из общего количества больных с последствиями туберкулезного коксита, обращавшихся в Казанский институт ортопедии с 1948 по 1958 гг., у 77% имелась неподвижность в суставе; из них только у 18% был костный анкилоз, который дает возможность говорить о выздоровлении.

Фиброзное инкапсулирование не дает суставу той прочной опоры, которая к нему предъявляется статикой, поэтому могут быть рецидивирующие боли, обострения процесса от микротравм.

Фиброзный анкилоз представляет интерес с точки зрения тактики ортопеда. Практика показывает, что длительное ношение гипсовых повязок с последующей фиксацией сустава съемным титром после подвертельной остеотомии в фазе фиброзной спаекии не всегда заканчивается анкилозом. В то же время у некоторых больных после этой операции не только устраняется порочное положение конечности, но постепенно фиброзная стадия процесса заканчивается стойким костным анкилозом сустава.

Мы поставили перед собой задачу выяснить, в каких случаях при фиброзном анкилозе можно ограничиться подвертельной остеотомией и когда показана резекция сустава.

Были изучены истории болезни 122 больных с фиброзным анкилозом, которым по поводу порочного положения конечности была сделана подвертельная остеотомия.

До операции у 38% были жалобы на боли при нагрузке на конечность. У всех движений в суставе полностью отсутствовали; их не всегда удавалось получить и в глубоком наркозе в момент операции.

Рентгенологически при фиброзном анкилозе можно выделить две формы:

1. Частично разрушенный проксимальный конец бедренной кости довольно цинтимно соприкасается с разрушенной суставной впадиной; местами может создаваться впечатление перехода костных балок с головки бедра на подвздошную кость.

2. Соприкосновение между разрушенными суставными концами при расширенной и углубленной впадине резко нарушено. Однако подвижности в суставе, хотя бы в виде качания, при этом может не быть.

При обычной укладке больного часто не представляется возможным получить на рентгенограмме проекцию суженной суставной щели. Поэтому снимки должны быть произведены с устранием лордоза и обязательно в передне-задней и в косой проекциях. В последнем случае больной укладывается на бок исследуемым суставом к кассете, большая конечность согнута, здоровая выпрямлена, а таз отклоняется кзади настолько, чтобы плоскость, соединяющая передние верхние ости подвздошных костей, располагалась под углом в 50° по отношению к плоскости стола.

Из 122 оперированных для проверки отдаленных результатов (ст 3 до 10 лет после остеотомии) явилось 85 больных.

Костный анкилоз обнаружен у 38 больных, и у 47 остался фиброзный анкилоз. Как в той, так и в другой группе были больные с рецидивом порочного положения.

Так, в группе больных, у которых в дальнейшем наступил костный анкилоз, рецидивов было 20 (речь идет о рецидивах сгибания от 115° до 140° и приведения от 65° до 80° к биспинальной линии). Они для улучшения статики нуждаются в повторной корректирующей операции. Из 47 больных, у которых остался фиброзный анкилоз, у 38 был рецидив порочного положения или рецидив болей с ограничением нагрузки на конечность.

У больных, жаловавшихся на боли до операции, после остеотомии, как правило, наблюдались рецидивы порочного положения и болей. Нагрузка на большую конечность в этих случаях ведет к натяжению фиброзных спаек, вплоть до возможности разрыва их, и к угрозе вспышки процесса в туберкулезных грануляциях, расположенных между фиброзными спайками.

Когда при клинической неподвижности в суставе больной жалуется только на порочное положение конечности, вопрос о подвертальной остеотомии или резекции сустава можно решить на основании данных рентгенограммы, хотя, к сожалению, нередки случаи, когда рентгенологически можно предполагать костный анкилоз, а при резекции сустава хирург обнаруживает очаги деструкции, а также рубцовое замыкание суставной щели при отсутствии костного анкилоза.

При проверке отдаленных результатов у оперированных больных мы ни в одном случае не наблюдали рецидива порочного положения за счет смещения отломков на уровне остеотомии.

Удаление друг от друга точек прикрепления мышц, наступившее в связи с устранением порочного положения конечности, путем подвертальной остеотомии, способствует их повышенному тонусу и усиленному натяжению. Это обстоятельство, в связи с отсутствием костного анкилоза в суставе, и является основной причиной, способствующей возникновению рецидива порочного положения.

Кроме того, порочному положению конечности в этих случаях способствуют обострение туберкулезного процесса в суставе, которые нередко являются следствием чрезмерной нагрузки на ставшую функционально более пригодной конечность. Длительное ношение тутора является в какой-то степени профилактическим мероприятием образования рецидивов порочного положения.

Однако, к сожалению, не все обследованные нами больные регулярно и достаточно срок носили фиксирующий аппарат, что и привело в конечном итоге к повторному образованию деформации.

Большое значение при выборе того или иного метода оперативного лечения имеет выявление у больного при затихании процесса наклонности к анкилозированию сустава. При этом у ряда больных остеотомия может сыграть роль стимулирующего биологического фактора, ускоряющего развитие костного анкилоза. Однако в случаях, где в течение одного или двух десятков лет туберкулезный процесс не привел к анкилозу и на рентгенограмме осталась местами прослеживаемая суставная щель, подвертальная остеотомия никакого стимулирующего влияния на образование костного анкилоза не оказывает.

## ВЫВОДЫ

1. Клиническая неподвижность в суставе в результате затихшего туберкулезного процесса при отсутствии костного анкилоза требует дифференцированного подхода при решении вопроса о характере и объеме оперативного вмешательства.

2. Подвертальная остеотомия возможна только у тех больных, которые не предъявляют жалоб на боли при нагрузке, а рентгенологически можно предполагать начавшееся костное анкилозирование. После подвертальной остеотомии ношение съемного тутора рекомендуется не менее чем на 1,5—2 года с последующим диспансерным наблюдением за больным (осмотр каждые полгода).

3. Резекция сустава показана, если при отсутствии движений в суставе имеются жалобы на боли, а на рентгенограмме определяется сохранившаяся суставная щель или имеется большое несоответствие между деформированной вертлужной впадиной и небольшим сстатком головки или шейки бедра.

Поступила 10 января 1961 г.

## ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Х. М. Сайфуллина*

Детская клиническая больница ст. Казань Горьковской ж. д.  
(научный руководитель — проф. А. Э. Шарпенак)

Согласно теории А. Э. Шарпенака, в основе возникновения кариозного процесса лежит обеднение эмали зуба белками в результате усиленного протеолиза. Одной из причин усиленного протеолиза является накопление пировиноградной кислоты в тканях зуба. Накопление же пировиноградной кислоты в организме может обусловли-